



Akademischer Grad: _____

Name: _____

Vorname: _____

Datum und Ort der Geburt: _____

Anschrift (privat): _____

Telefon (mobil): _____ E-Mail: _____

Anschrift (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____

Datum und Ort der ärztlichen Prüfung: _____

Datum der Approbation: _____

Gebiets-/ Facharzt für: _____ Datum der Anerkennung: _____

Derzeitige Haupttätigkeiten: _____

Seit wann? _____

Berufliche Tätigkeiten in den letzten 5 Jahren:

Bitte legen Sie in Ihrem beruflichen Curriculum ausführliches Ihre Erfahrung und Fortbildung im
allgemeinmedizinischen / internistischen Bereich auf einem separaten Blatt dar.

In Bezug auf meine Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst unterwerfe ich mich den gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen, die für Vertragsärzte gelten.

Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und die Bereitschaftsdienstordnung habe ich erhalten und erkenne diese an.

Ich bin darüber informiert, dass pro Dienst ein Nutzungsentgelt i. H. v. 100,- € und pro PKV - Fall 20,- € von meinem Bereitschaftsdiensthonorar in Abzug gebracht wird.

Die Vergütung meiner geleisteten Dienste erfolgt nach EBM Abrechnung und wird nach entsprechender Prüfung der Abrechnungsabteilung zum entsprechenden Zeitraum auf dem hinterlegten Konto gutgeschrieben.

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel

Das Formular ist bitte vollständig ausgefüllt und im Original an die

*Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Ärztlicher Bereitschaftsdienst/ Notdienstpraxen
Masurenallee 6A
14057 Berlin*

zu übersenden.

*Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das ÄBD-Büro des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter
E-Mail an: aebd@kvberlin.de oder an das Büro der Notdienstpraxen per E-Mail an: ndp@kvberlin.de*